

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N° 577

POUR LE

DOCTORAT de l'UNIVERSITÉ de PARIS
(Mention Médecine)

PAR

MICHEL MARMOUR

Né le 10 Février 1905 à Varsovie (Pologne)

L'ANGINE TUBERCULEUSE

Président de la Thèse : M. CARNOT, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, PARIS (V°)

— 1938 —

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT de l'UNIVERSITÉ de PARIS
(Mention Médecine)

PAR

MICHEL MARMOUR

Né le 10 Février 1905 à Varsovie (Pologne)

L'ANGINE TUBERCULEUSE

Président de la Thèse : M. CARNOT, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, PARIS (V°)

— 1938 —

LE DOYEN TIFFENEAU

I. PROFESSEURS

	MM.	
Anatomie		Rouvière
Physiologie		Léon Binet
Physique médicale		Strohl
Chimie médicale		Polonovski
Bactériologie		Robert Debré
Parasitologie et histoire naturelle médicale		Brumpt
Pathologie et thérapeutique générales		Baudoin
Pathologie médicale		Abrami
Pathologie chirurgicale		Chevassu
Anatomie pathologique		Leroux
Histologie		Champy
Pharmacologie et matière médicale		Tiffeneau
Thérapeutique		Harvier
Hygiène et médecine préventive		Tanon
Médecine légale		Balthazard
Histoire de la médecine et de la chirurgie		Laignel-Lavastine
Pathologie expérimentale et comparée		Fessinger
Hydrologie thérapeutique et climatologie		Cihiray
Clinique médicale	}	Loeper
		Carnot
	}	Clerc
		Marcel Labbé
Hygiène et clinique de la première enfance		Lereboullet
Clinique des maladies des enfants		Nobécourt
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		H. Claude
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		Gougerot
Clinique des maladies du système nerveux		Guillain
Clinique des maladies infectieuses		Lemierre
	}	Cunéo
		Gosset
Clinique chirurgicale	}	Grégoire
		Lenormant
Clinique ophtalmologique		Terrien
Clinique urologique		Marion
	}	Couvelaire
Clinique d'accouchements		Jeannin
		Lévy-Solal
Clinique gynécologique		Mocquot
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		Ombredanne
Clinique thérapeutique médicale		Rathery
Clinique oto-rhino-laryngologique		Lemaître
Clinique thérapeutique chirurgicale		Pierre Duval
Clinique propédeutique		M. Villaret
Clinique de la Tuberculose		Bezançon
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		Mathieu
Clinique cardiologie		Laubry
Clinique d'Assistance Médico-sociale		Crouzon
	}	Hovelacque
Professeurs sans chaire		Mulon
		Olivier
		Verne

II — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
Ameline . . .	<i>Pathologie chirurgicale</i>
Bariéty . . .	<i>Pathologie médicale</i>
Bénard Henri .	<i>Pathologie médicale</i>
Bernard Etienne	<i>Pathologie médicale</i>
Bezançon Justin	<i>Hydrologie</i>
Boulin . . .	<i>Pathologie médicale</i>
Bulliard . . .	<i>Histologie</i>
Cathala . . .	<i>Pathologie médicale</i>
Chevallier . .	<i>Pathologie médicale</i>
Coste . . .	<i>Pathologie médicale</i>
Dognon . . .	<i>Physique</i>
Fey . . .	<i>Urologie</i>
Funck . . .	<i>Pathologie chirurgicale</i>
Galliard . . .	<i>Parasitologie</i>
Gastinel . . .	<i>Bactériologie</i>
De Gaudart	
d'Allaines	<i>Pathologie chirurgicale</i>
Gayet . . .	<i>Physiologie</i>
De Gennes . .	<i>Pathologie médicale</i>
Giroud . . .	<i>Histologie</i>
Hagueneau . .	<i>Pathologie médicale</i>
Halphen . . .	<i>Oto-rhino-laryngologie</i>
Hazard . . .	<i>Pharmacologie</i>
Huguenin . . .	<i>Anatomie pathologique</i>
Joannon . . .	<i>Hygiène</i>
Lacomme . . .	<i>Obstétrique</i>
Lantuéjoul . .	<i>Obstétrique</i>

MM.	
Laroche Guy . .	<i>Pathologie médicale</i>
Lavier . . .	<i>Parasitologie</i>
Lelong . . .	<i>Pathologie médicale</i>
Lemaire . . .	<i>Pathologie expérimentale</i>
Leveuf . . .	<i>Pathologie chirurgicale</i>
Mlle J. Lévy . .	<i>Pharmacologie</i>
Lévy-Valensi . .	<i>Neurologie et Psychiatrie</i>
Ménégaux . . .	<i>Pathologie chirurgicale</i>
Mollaret . . .	<i>Pathologie médicale</i>
Moreau . . .	<i>Pathologie médicale</i>
Moulonguet . .	<i>Pathologie chirurgicale</i>
Mouquin . . .	<i>Pathologie médicale</i>
Petit Dutaillis .	<i>Pathologie chirurgicale</i>
Piédelieuvre . .	<i>Médecine légale</i>
Portes . . .	<i>Obstétrique</i>
Renard . . .	<i>Ophthalmologie</i>
Richet . . .	<i>Physiologie</i>
Sannié . . .	<i>Chimie biologique</i>
Sénèque . . .	<i>Pathologie chirurgicale</i>
	<i>Pathologie expérimentale</i>
Troisier . . .	
Turpin . . .	<i>Pathologie médicale</i>
Vignes . . .	<i>Obstétrique</i>
Wilmoth . . .	<i>Pathologie chirurgicale</i>

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
Alglave . . .	<i>Pathologie chirurgicale</i>
Busquet . . .	<i>Pharmacologie</i>
Chailley-Bert . .	<i>Physiologie</i>
Guéniot . . .	<i>Obstétrique</i>
Heitz-Boyer . .	<i>Pathologie chirurgicale</i>

MM.	
Lardennois . .	<i>Pathologie chirurgicale</i>
Le Lorier . . .	<i>Obstétrique</i>
Schwartz . . .	<i>Pathologie chirurgicale</i>
Vaudescal . . .	<i>Obstétrique</i>

IV. AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
Alajouanine . . .	} <i>Clinique médicale</i>	Basset	} <i>Clinique chirurgicale</i>
Aubertin		Brocq	
Brulé		Cadenat	
Chabrol		Gatellier	
Donzelot		Moure	
Duvoir		Quenu	
Lian		Velter	
Pasteur-Vallery- Radot			
Sézary			

MM.	
Ecalle	} <i>Clinique obstétricale</i>
Metzger	

V. CHARGÉS DE COURS

MM.	
Chailley-Bert, agrégé	<i>Éducation physique</i>
Ledoux-Lebard . . .	<i>Radiologie clinique</i>
Ruppe	<i>Stomatologie</i>
Weill-Hallé	<i>Puériculture</i>

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être comme propres à leurs auteurs et quelle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MA MÈRE & A MON PÈRE

Faible témoignage de ma
profonde affection et de
ma grande reconnaissance

A MES FRÈRES & SŒUR

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS.

A. notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Paul CARNOT

Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine de Rome

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Officier de la Légion d'Honneur

Respectueux hommage pour le
grand honneur qu'il nous a
fait d'accepter la présidence
de notre thèse.

AVANT-PROPOS

Dans sa leçon clinique du 15 Janvier 1938, faite à l'Hôtel-Dieu, le Professeur CARNOT exposa le cas d'une jeune fille, âgée de 22 ans, qui avait été hospitalisée dans son service et qui avait présentée une angine tuberculeuse aiguë, maladie fort rare d'ailleurs.

Une symptomatologie bruyante, un traitement peu efficace, enfin l'évolution toujours fatale de cette maladie, tout cela paraissait intéressant pour faire de cette question l'objet de notre thèse, d'autant plus qu'il n'y a que peu d'ouvrages sur cette maladie.

Décrite par Julliard en 1865, mais surtout par Isambert en 1872, sous le nom de « Tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée ». On la trouve également dans la littérature médicale sous les noms de : « Angine tuberculeuse », « Tuberculose miliaire aiguë du pharynx », ou encore « Granulie pharyngée ».

On l'appelle également très souvent « maladie d'Isambert » d'après le nom de l'auteur qui l'indivi-

dualisa.

Dans cette thèse, nous exposerons d'abord l'histoire, ensuite l'étiologie. L'étude clinique que nous ferons après sera suivie de quelques observations recueillies dans la littérature médicale et qui nous ont paru les plus intéressantes. Nous terminerons ensuite par le diagnostic et le traitement qui n'est d'ailleurs que symptomatique.

Nous voudrions remercier chaleureusement Monsieur le Professeur Carnot, de nous avoir inspiré ce travail et de nous avoir fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.



HISTORIQUE



C'est Julliard qui en 1865 a décrit pour la première fois dans sa thèse « *Des ulcérations de la bouche et du pharynx dans la phtisie pulmonaire* », la tuberculose du pharynx dans ses traits principaux au moins. Il étudie d'abord les ulcérations buccales et linguales : début insensible, développement circonscrit, état longtemps stationnaire, avec une gêne insignifiante et des douleurs souvent nulles. Il décrit ensuite les ulcérations pharyngées : début aigu, marche envahissante, généralisation rapide, troubles fonctionnels graves avec douleurs très marquées.

Julliard ne croit cependant pas à l'origine tuberculeuse de ces ulcérations, il les considère simplement comme un résultat indirect du mauvais état général des phtisiques.

Vers la même époque, en Allemagne, B. Wagner publia, sans observation clinique, le compte rendu de l'autopsie d'un sujet mort de tuberculose généralisée, et qui avait présenté sur la muqueuse du pharynx et du voile du palais des lésions en tout comparables à celles relatées dans les observations de Julliard : ulcérations lenticulaires ou irrégulières entourées de petits nodules grisâtres, légèrement saillants. L'examen histologique montra que ces nodules étaient constitués par des granulations tuberculeuses et que les ulcérations résultaient de la destruction et de l'élimination de ces tubercules.

Mais c'est à Isambert que revient le mérite d'avoir individualisé la tuberculose du pharynx.

En effet, à la fin de l'année 1871, remplaçant comme agrégé Bouillaud à la Charité, il admit une jeune femme âgée de 30 ans atteinte d'une lésion de la gorge, qu'il n'avait jamais rencontrée jusqu'alors (1). Isambert, qui à cette époque faisait des recherches sur l'angine scrofuleuse, pensait qu'il s'agissait d'une forme maligne et nouvelle de scrofule. La lésion était caractérisée par la présence dans la gorge d'une multitude de granulations blanc grisâtre, fortement adhérentes à la muqueuse, et formant des plaques nombreuses, à contours sinueux, à surface gaufrée et mamelonée.

(1) D'après Barth, Isambert n'aurait pas eu connaissance des travaux de Julliard ; il n'en fait du reste aucune mention dans ses mémoires.

On constatait un peu de submatité au sommet droit en avant, avec une respiration un peu rude et de l'expiration prolongée.

Les lésions pharyngées progressaient rapidement et quelques semaines plus tard une granulie pulmonaire enleva la malade en quelques jours.

Quelques mois plus tard, en mai 1872, Isambert reçut à Saint-Antoine un homme âgé d'une quarantaine d'années atteint d'un mal de gorge qui consistait surtout en une sensation pénible à la déglutition. Ce malade qui avait vers l'angle de la mâchoire plusieurs grosses masses ganglionnaires, présentait exactement la même lésion du pharynx.

Il fut présenté à la Société médicale des hôpitaux le 9 Août 1872. On observait sur la face antérieure du voile du palais, sur la luette, sur les piliers, sur toute la paroi postérieure du pharynx un semis presque uniforme de granulations grisâtres grosses comme des grains de semoule qui saignaient assez facilement lorsqu'on les touchait. Le larynx était peu atteint. A l'auscultation on ne percevait aucun signe de tuberculose.

Il fût présenté une seconde fois le 25 Octobre de la même année. Les granulations grises étaient devenues rougeâtres ; elles avaient augmenté de volume et ressemblaient à des grains de chènevis ; elles saignaient au moindre contact. Le larynx se prenait de plus en plus ;

cependant il n'y avait pas d'asphyxie imminente de ce côté. La dysphagie devenait de plus en plus douloureuse et l'état général du malade était très mauvais ; l'adénopathie persistait et quelques ganglions avaient suppurés, enfin on commençait à percevoir des craquements disséminés dans différents points des poumons. Il devint sourd pendant son séjour à l'hôpital.

Il est mort d'ailleurs quelques semaines plus tard des progrès de la cachexie et de la phtisie aiguë.

La pièce anatomique, après examen histologique de la part de Troisier dans le laboratoire de Vulpian, fut présentée à la même Société le 27 Décembre et Isambert put annoncer qu'il existait une forme de tuberculose à marche rapide analogue à la phtisie galopante du poumon et caractérisée par le dépôt sur la muqueuse pharyngo-laryngée de granulations grises identiques à celles que l'on trouve dans la granulie pulmonaire.

Vulpian en voyant la pièce anatomique, communiqua le cas d'un étudiant en médecine qu'il avait eu dans son service comme stagiaire, qui avait présenté les mêmes lésions et dont il avait appris la mort survenue par phtisie galopante.

Une nouvelle forme morbide était ainsi constituée ; elle fut nommée tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée.

Bucquoy présente en 1874 à la Société médicale des hôpitaux une observation analogue avec examen histolo-

gique fait par Hanot. A la même séance Hayem et Martineau déclarèrent avoir rencontré des lésions semblables et rapportèrent quelques cas.

Les travaux qu'Isambert poursuivit jusque vers la fin de l'année 1876, suscitèrent à cette période de nombreuses publications.

Les thèses de Koch (Paris 1873) de Sourris (Paris 1877) de Gelade (Paris 1878), de Chassagnette et de Barth (Paris 1880), d'Angelot (Paris 1883).

Les communications de Hanot (1874) de Lionville (1875) à la Société Anatomique, de Laveran (1876) de Gouguenheim (1882) de Aigre (1890) à la Société médicale des hôpitaux ;

Les articles de Cornil (1875) et de Cadier (1883).

Vers la même époque l'angine tuberculeuse était étudiée en Allemagne par Fraenkel (1876), en Italie par Secchi, en Angleterre par Samuel Gée.

Cette période de publications active se ralentit vers l'année 1890 et à partir de cette époque l'on n'en trouve plus qu'un nombre réduit.

Les communications de du Castel (1898) et de Bouteil 1912 à la Société méd. des hop., la thèse de Hugot (Lyon 1900), l'important article de Letulle sur la tuberculose du pharynx dans la Presse médicale (1908), et le traité de Collet « la tuberculose des voies aériennes supérieures » (1913).

Après la guerre il faut noter plusieurs publications très importantes : Sergent et Durand « Contributions à l'étude clinique et histologique de la tuberculose miliaire aiguë du pharynx » (Revue de la tuberculose 1923), Achard « Tuberculose miliaire aiguë du pharynx » (Journal des Praticiens 1923), Escat et Rigaud « La tuberculose miliaire du pharynx » (Annales des maladies de l'oreille 1926), Letulle « Traité d'anatomie pathologique » 1931, contenant un chapitre sur l'histopathologie de la tuberculose pharyngée, Nobécourt « Tuberculose aiguë du pharynx et des ganglions cervicaux » (Journal des Praticiens 1931), Veuillot « Contribution à l'étude clinique de la tuberculose du pharynx (thèse de Lyon 1932), et enfin l'article très intéressant du Professeur Carnot « L'angine tuberculeuse primitive » dans le Monde Médical (1^{er} Février 1938.)

ETIOLOGIE - PATHOGENIE



La tuberculose miliaire du pharynx est une affection plutôt rare.

Willigk trouve une localisation pharyngée sur 1307 autopsies de tuberculeux.

Lévy relève 17 tuberculoses du pharynx sur 162 tuberculoses Laryngées.

Kidd note 4 tuberculoses du voile et 6 du pharynx sur 500 autopsies.

Bocker a trouvé 12 tuberculoses pharyngées sur 2950 malades, Lublinski 5 sur 1600 et B. Fraenkel 1 sur 150 autopsies de tuberculeux.

Ces statistiques n'ont qu'une valeur relative car elles

contiennent probablement un grand nombre de cas de tuberculose ulcéreuse chronique du pharynx.

Letulle écrit (Presse Médicale 1908) que pendant une trentaine d'années d'observation dans les hôpitaux parisiens il n'a pu recueillir que 6 cas de tuberculose miliaire du pharynx.

Escat a pu noter 22 observations dans le même laps de temps dont 12 datent de 1919 à 1926. Escat pense que cette accumulation de cas est liée aux suites de la dernière guerre et peut être à la grande épidémie de grippe de 1918, qui aurait favorisé l'éclosion de nombreux cas de tuberculose.

Toutes les causes de diminution de la résistance organique favorisent le développement de la granulie pharyngée : fatigue, surmenage, grossesse et allaitement, intoxications artificielles, maladies telles que gripes, fièvre typhoïde...

D'après de nombreux auteurs elle s'observe surtout à l'âge adulte entre 20 et 40 ans.

Nos recherches bibliographiques nous ont permis de consulter environ une centaine d'observations publiées dans l'ensemble de la littérature. En classant les 96 observations dans lesquelles l'âge des malades est mentionné : nous avons établi le tableau de fréquence suivant :

De la naissance à 10 ans	12 cas
de 11 ans » 20 »	10 »
» 21 » » 30 »	32 »
» 31 » » 40 »	26 »
» 41 » » 50 »	9 »
au-dessus de 50 ans	7 »

Sur 55 observations dans lesquelles le sexe est indiqué, nous trouvons entre 18 et 29 ans, 18 hommes et 16 femmes ; entre 30 et 40 ans, 15 hommes et 6 femmes.

L'influence des professions ne nous a fourni aucun résultat qui mérite d'être signalé.

La granulie pharyngée est d'après certains auteurs, la conséquence d'une bacillémie. Cette éclosion d'origine hémato-gène part d'un foyer initial manifeste ou plus ou moins latent. Ils s'agit souvent d'une granulie généralisée ; on note une infiltration granulique des poumons, des granulations au niveau de l'intestin, du foie....

La localisation de la granulie du pharynx semble liée à la constitution anatomique de celui-ci et en particulier à sa richesse remarquable en vaisseaux lymphatiques. La plupart des infections bacillémiques s'accompagnent de réactions pharyngées. Celles-ci sont en particulier constantes au cours de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, de la syphilis, de la fièvre typhoïde. La loca-

lisation pharyngée de la bacillémie tuberculeuse est du même ordre.

ETUDE CLINIQUE



La tuberculose miliaire du pharynx survient le plus souvent chez les tuberculeux à symptomatologie plus ou moins nette. Plus rarement elle apparaît chez des sujets jeunes ou des enfants (obs. I et II) qui ne présentent pas de signes d'autres localisations tuberculeuses antérieures.

Escat, Despons décrivent trois formes cliniques :

1° — La forme aiguë est caractérisée par la formation d'une multitude de granulations miliaires dans la gorge. C'est la forme qui a été décrite par Julliard et Isambert et qui est la plus communément observée (55 % des cas d'après Escat, 12 sur 14 d'après Veillot). Elle présente une évolution mortelle en 2 à 6 mois.

Nous prendrons donc cette forme comme type de

description.

2° — La forme suraiguë est caractérisée d'une part : par une inflammation et une nécrose rapide de la muqueuse pharyngée sans formation nodulaire, mais contenant un nombre considérable de bacilles de Koch et d'autre part, par une évolution très rapidement mortelle en deux à quatre semaines.

3° — La forme subaiguë est caractérisée par la formation des lésions folliculaires, comme dans la forme aiguë, mais entourées d'une zone de réaction fibreuse plus ou moins accentuée ; le début est plus insidieux et l'évolution plus lente (6 mois à 2 ans).

FORME AIGUË

MALADIE D'ISAMBERT

Le début est brusque, il est marqué par une douleur de la gorge. La température oscille entre 38°5 et 39. Des frissons répétés peuvent avoir lieu.

La douleur plus ou moins vive est, tantôt une simple gêne, une sensation de corps étranger, analogue à celle que l'on ressent au début d'une angine banale, tantôt une démangeaison, une sorte de chaleur ou encore une cuisson. La déglutition est également douloureuse et l'alimentation est gênée. Ce sont surtout les aliments solides

et irritants qui sont difficilement supportés.

Ces premiers symptômes se produisent parfois au milieu d'une santé en apparence parfaite et sans aucun signe d'une affection tuberculeuse.

Si on examine la gorge à cette période, on trouve la muqueuse pharyngée rouge et légèrement tuméfiée ; on constate également quelques granulations fines comme une pointe d'épingle, grises, peu saillantes, siégeant sur les piliers, les amygdales, le voile, le fond du pharynx. Ces granulations se multiplient et grossissent rapidement, elles deviennent saillantes, de couleur gris-jaunâtre, semi-transparentes. On les compare depuis Isambert à des grains de semoule, à des frai de poisson. Leurs dimensions ne dépassent généralement pas celle d'un grain de chènevis. Lorsqu'elles sont isolées, certaines sont entourées d'un petit liseré rosé large d'un millimètre environ. Elles sont fortement adhérentes à la muqueuse dans l'épaisseur de laquelle elles sont enchassées.

Tantôt ces éléments restent isolés et forment un semis plus ou moins serré, laissant des travées larges de muqueuse saine, tantôt ils se groupent de façon à former de véritables plaques irrégulières à contours sinueux, à surface gaufrée et mamelonnée. On aperçoit fréquemment des grains isolés à quelque distance de leurs bords. Peu après cette infiltration tuberculeuse de la gorge, les granulations deviennent opaques, se ramollissent et s'ouvrent donnant lieu à une petite ulcération.

On verra alors des ulcérations disséminées, grisâtres, de forme lenticulaire, à bords plats ou légèrement relevés. La muqueuse environnante plus ou moins enflammée est souvent couverte, ainsi que les ulcérations, d'un exsudat blanchâtre pseudo-membraneux, peu adhérent et facile à enlever, en partie au moins, avec l'abaisse-langue. Cet enduit blanchâtre ressemble parfois à s'y méprendre aux fausses membranes de la diphtérie avec lesquelles on a pu le confondre. On peut voir de nouvelles granulations se développer par poussées successives dans les parties proches non encore envahies et suivre la même évolution.

Dans certains cas, il se fera une généralisation très rapide. En quelques jours les ulcérations lenticulaires se creusent, s'élargissent, se confondent les unes avec les autres produisant des pertes de muqueuse étendue. Les ulcérations plus ou moins vastes qui en résultent, présentent des bords irréguliers et festonnés, mais sont presque toujours superficielles. Leur fond est peu creusé et d'aspect chagriné.

La luette infiltrée et bosselée, du volume du doigt est immobilisée et pendante, comparée par Isambert à une stalactite. Elle touche parfois la base de la langue produisant un état nauséux très pénible.

Le larynx n'est atteint que secondairement et à une période plus avancée. Les lésions n'offrent d'ailleurs pas la même intensité que dans le pharynx. L'épiglotte est en général touchée. Il est rare que les bandes ventricu-

lares soient prises et les cordes vocales restent en général indemnes ; cependant Isambert avait trouvé à l'autopsie les cordes vocales ulcérées. Par contre, Bucquoy, Sergent ont vu l'intégrité du larynx chez quelques malades.

« On observe quelquefois sur la paroi pharyngienne postérieure un ou plusieurs nodules acuminés présentant l'aspect de petits furoncles à maturité. Ces nodules peu nombreux (cinq ou six seulement) sont durs au toucher ; leur volume varie depuis celui d'un très petit pois jusqu'à celui d'un grain de maïs. Lorsqu'on les incise, ils ne laissent presque rien échapper » (Isambert).

Bucquoy, Martineau, ont observé des cas, rares d'ailleurs, d'ulcérations tuberculeuses des lèvres, des gencives, de l'anüs.

On trouve souvent une adénopathie unie ou bilatérale plus ou moins douloureuse. Les ganglions siègent dans les régions sous-angulo-maxillaire, latéro-cervicale et sus-claviculaire ; ils sont durs et peu adhérents à la peau. Ils suppurent rarement.

A mesure que les lésions pharyngées s'étendent, les troubles fonctionnels prennent progressivement une intensité croissante.

La douleur de la gorge augmente, devient lancinante, donne la sensation d'une brûlure, ne permettant aucun repos au malade. Elle est tantôt constante, tantôt variable. Elle serait due d'après Hugot à la destruction d'une plus

ou moins grande partie de la muqueuse pharyngée laissant le derme à nu.

La dysphagie devient tellement pénible que le malade n'ose plus s'alimenter et craint même d'absorber quelques gorgées de lait.

La gêne de la déglutition, jointe à l'hypersécrétion réflexe des glandes salivaires, aboutit au rejet d'une salive épaisse et visqueuse chargée de muco-pus. Ce ptyalisme parfois très marqué peut atteindre 500 à 600 grammes par jour.

Lorsque le voile du palais est atteint par l'infiltration il s'épaissit et perd sa mobilité. Il n'effectue plus les mouvements nécessaires au mécanisme de la déglutition et de la phonation. La voix devient nasonnée et il se produit un reflux des liquides par les fosses nasales.

Plusieurs auteurs ont insisté sur l'otalgie parfois assez violente dont se plaignent les malades et qui serait due à l'extension des lésions dans le voisinage de la trompe d'Eustache. Une surdité plus ou moins marquée peut s'ajouter comme chez le malade d'Isambert dont nous avons exposé l'histoire au début de ce travail. Il est exceptionnel de voir comme dans un cas de Millard, une otite suppurée concomitante.

On commence enfin à percevoir à l'auscultation les signes d'une granulie pulmonaire. Ces constatations seront facilement confirmées par l'examen radiologique.

Les difficultés de l'alimentation produisent un amaigrissement rapide ; bientôt la faiblesse est telle que le malade est confiné au lit, presque incapable de mouvement.

La température élevée dès le début subit de temps

en temps de grandes oscillations, indices de poussées nouvelles du côté du pharynx ou de l'appareil respiratoire. L'état général s'aggrave de plus en plus. Bientôt le malade tombe dans le marasme le plus profond et semble alors résigné, immobile et silencieux au dénouement fatal. Le malade meurt d'épuisement et d'inanition après une évolution de la maladie en 2 à 6 mois.

A l'autopsie on trouve le poumon criblé de granulations miliaires. D'autres viscères peuvent être également atteints ; l'intestin, le foie, les reins ; chez l'enfant les méninges sont parfois touchées.

L'étude histologique du pharynx montre que les ulcérations portent surtout sur la muqueuse qui a presque partout disparue, le derme est à nu, irrégulier, ulcéré, creusé par place comme si l'ongle en avait érodé la surface.

FORME SURAIGÜE DE LETULLE

La muqueuse pharyngée est très enflammée et peut présenter parfois un aspect pseudo-phlegmoneux diffus. Ce fond angineux est recouvert d'un exsudat très adhérent sous lequel on ne trouve qu'un très petit nombre de granulations miliaires. Le processus ulcéreux s'étend très rapidement. L'adénopathie sous angulo-maxillaire est constante et très douloureuse. La dysphagie est portée au paroxysme en très peu de temps.

L'état général est extrêmement grave, l'intoxication de l'organisme très profond et la température très élevée.

L'évolution est ultra-rapide, elle se fait en quelques semaines à la façon d'une angine maligne et se termine

toujours par la mort survenant en 2 à 4 semaines.

A l'examen historique, d'après Letulle, on ne trouve aucune trace de formation modulaire à la coupe des parois pharyngées. La préparation ne contient ni follicules, ni cellules géantes, ni foyer caséeux ; le processus est donc celui d'une inflammation virulente banale. On trouve dans ce tissu inflammatoire, un nombre considérable de bacilles de Koch. « On note de vraies fusées de bacilles infiltrées en quantité innombrable dans les mailles de la sous-muqueuse » (Letulle). Il s'agit donc d'ulcérations bacillaires suraiguës, comparables aux pertes de substance de l'angine streptococcique. Il n'y a pas suppuration, mais nécrobiose élémentaire des tissus.

FORME SURAIGUE D'ESCAT

Cette forme présente les mêmes lésions anatomo-pathologiques que la tuberculose miliaire aiguë. Les granulations grises sont enchassées dans la muqueuse du pharynx mais sont entourées d'une réaction fibreuse-organique plus ou moins nette. Les lésions de la gorge ont le même aspect clinique ; elles sont cependant moins étendues et plus atténuées. Les symptômes sont plus effacés, la dysphagie est moins violente, la fièvre moins élevée et l'état général meilleur. Le début de cette forme est insidieux, l'évolution plus lente et la marche est entrecoupée d'arrêts et de rémissions, la durée est de 6 mois à 2 ans. Le pronostic est moins sévère. C'est dans cette forme que l'on a pu observer quelques rares cas de guérison,

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — Angine Tuberculeuse Primitive

(Professeur : CARNOT)

La malade âgée de 22 ans qui vivait en Corse, à la campagne, loin de toute contamination connue, fut prise brusquement, en Juillet 1937, au cours d'une robuste santé et sans aucun antécédent morbide, de frissons répétés, avec fièvre à 39°. Une angine survint avec dysphagie importante d'emblée : on trouva alors des exsudats blancs couvrant les amygdales et la luette. Une pollakiurie survint aussi, à ce moment, avec des urines troubles.

Cette angine, d'allure banale au début, ne cessa pas dans les délais habituels : elle s'est prolongée pendant plusieurs mois et s'est étendue à une grande partie du pharynx. Une adénopathie importante survint aussi qui évolua par poussées successives.

La dysphagie devint bientôt si douloureuse que la malade, ne pouvant ni s'alimenter, ni boire, ni même avaler sa salive, perdit rapidement du poids. Du fait de l'inanition comme du fait de la maladie causale, l'amâigrissement s'accompagne d'une fatigue extrême, à tel point que cette jeune fille ne pouvait même plus faire le ménage. Cependant ni toux, ni crachats, ni trouble de la voix.

Aussi les parents de la jeune fille l'envoyèrent-ils

consulter dans les hôpitaux de Paris où son frère était infirmier.

A l'entrée de la malade, le 12 Décembre 1937, nous trouvâmes une jeune fille très amaigrie, très anémiée, paraissant gravement touchée. La température était alors peu élevée : il n'y avait ni toux, ni dysphagie, ni expectoration, ni hémoptysie.

Le symptôme le plus bruyant était une dysphagie très particulièrement douloureuse : la malade avait les plus grandes peines à avaler la moindre gorgée et les douleurs de déglutition étaient telles qu'elle supprimait presque entièrement son alimentation et qu'elle ne pouvait prendre qu'au prix de grandes souffrances quelques cuillerées de lait. Pas d'irradiations douloureuses du côté du larynx ou de l'oreille. Pas de dysphonie ; pas de surdité, pas de sialorrhée. Ni toux, ni expectoration.

A l'examen, on trouvait, à l'angle de la mâchoire, du côté gauche, un ganglion assez volumineux, assez dur, douloureux ; on trouvait aussi toute une chaîne ganglionnaire cervicale et sus-claviculaire, mais avec des masses moins grosses, moins dures et moins sensibles.

Pas d'autres adénopathies axillaires, ni inguinalés, ni splénomégalie, ni hépatomégalie.

L'examen de la gorge montrait un enduit blanchâtre assez épais, pseudomembraneux, légèrement teinté de jaune, recouvrant la majeure partie de l'amygdale gauche, du voile du palais et engainant en gant une partie de

la lnette ; l'arrière-fond du pharynx était aussi tapissé par cet exsudat. L'épiglotte et la base de la langue étaient prisent, il y avait enfin des taches blanches disséminées en moindre nombre sur l'amygdale, les piliers et le voile du palais du côté droit.

L'enduit pseudo membraneux pouvait être détaché avec les bords de l'abaisse-langue (mais incomplètement) et laissait voir au-dessous de lui, des ulcérations assez superficielles. Les bords des plaques pseudo-membraneuses étaient nettement polycycliques par endroits, et à leur voisinage, on voyait une série de granulations blanchâtres : plusieurs étaient coalescentes, donnant par-là même un contour festonné ; les autres, isolées formaient des points séparés faisant songer aux granulations de Trelat, si typiques dans la tuberculose buccale. Un mince ourlet rosé entourait quelques unes de ces granulations.

Débordant le voile, la lnette, les loges amygdaliennes, cet exsudat atteignait la face antérieure de l'épiglotte ; mais l'oto-rhino-laryngologiste n'en a pas constaté l'extension au niveau du larynx, non plus qu'au niveau des fosses nasales.

En résumé, extension progressive et considérable, se faisant par poussées depuis 6 mois, d'exsudats pseudo-membraneux sur une bonne partie du pharynx, résultant, semble-t-il, de la coalescence de fines granulations blanches : sous ces exsudats, ulcérations peu saignantes, superficielles, sans bandes de sclérose infiltrant la sous-muqueuse, sans indurations, ni végétations importantes.

La première précaution fut de s'assurer qu'il ne s'agissait pas d'une angine diphtérique : on fit donc faire, avant tout, un examen microscopique et un ensemencement sur sérum coagulé. Mais ces épreuves furent entièrement négatives. D'ailleurs l'aspect des fausses membranes n'était pas celui de la diphtérie et il y avait déjà six mois que le processus se développait et s'étendait.

On chercha d'autre part, par ce même examen microscopique, s'il ne s'agissait par d'angine fuso-spirillaire de Vincent. Mais l'examen microscopique ne décéla aucun bacille fusiforme, aucun spirille.

La syphilis ne pouvait non plus être en cause.

Outre que la jeune fille était vierge. L'aspect n'était ni celui du chancre de l'amygdale, ni celui des plaques muqueuses confluentes, ni celui des lésions tertiaires. Le Bordet-Wassermann était d'ailleurs négatif.

Les mycoses, l'actinomycose notamment, devraient être évoquées : mais les granulations blanchâtres ne représentaient pas les grains jaunes de l'actinomycose. Il n'y avait, au frottis des lésions, aucune forme mycélienne.

Il ne restait donc guère en ligne que le diagnostic de tuberculose pharyngée, type Julliard-Isambert, diagnostic qui à la vérité, avait été porté dès le début comme le plus probable, mais qui s'était heurté à la négativité des examens de laboratoire. En effet, l'examen radiologique n'avait montré, ni aux sommets, ni aux hiles d'images nettes d'infiltration tuberculeuse. On n'avait trouvé, d'autre part, au pre-

mier examen aucun bacille de Koch dans les exsudats, les ulcérations et les granulations pharyngées ; il y avait d'autre part, une cuti-réaction négative, malgré l'ancienneté des lésions

Cependant peu satisfaits de ces résultats négatifs, nous avons fait refaire ces examens, tant le diagnostic d'angine tuberculeuse paraissait probable et ils furent, cette fois concluant : en effet, le frottis d'un grain blanchâtre montra la présence incontestable de bacilles de Koch à l'examen direct.

D'autre part, une seconde épreuve radiologique des poumons, beaucoup moins poussée que la première, montra du haut en bas et des deux côtés, une infiltration générale par de très fines images de granulie.

Par contre, la cuti-réaction à la tuberculine resta négative, comme la première fois, (ainsi d'ailleurs, qu'il arrive dans la granulie).

Le diagnostic clinique était donc cette fois confirmé par les examens bactériologique et radiologique et démentrait, malgré l'absence complète d'antécédents personnels ou familiaux que cette angine pseudo membraneuse de longue durée était en réalité, une granulie pharyngée, en extension locale progressive, ayant provoqué finalement une éclosion granulique pulmonaire, ou même généralisé qui correspondait à l'élévation de la courbe thermique.

Le frère de la malade, ayant été informé du pronostic et aussi de l'inanité de la thérapeutique en pareil cas, décida de rapatrier en Corse, dans sa famille la pauvre jeune fille, malgré son état de santé précaire et malgré les fatigues du voyage.

OBSERVATION II. — Tuberculose aigüe du pharynx
(Professeur : NOBÉCOURT)

Georgette, 10 ans et 1 mois, elle se plaint de la gorge et on constate une tuméfaction des ganglions cervicaux.

Quinze jours après, le 2 Octobre 1930, elle entre dans le service. Elle a de la fièvre ($38^{\circ},5/39^{\circ}$), son état général est mauvais, il existe une adénopathie cervicale volumineuse et des ulcérations de la muqueuse du pharynx. Le diagnostic est d'abord hésitant ; on pense à la tuberculose ; mais tout d'abord on ne trouve pas de bacilles de Koch dans les exsudats. Puis la fièvre s'élève ($39^{\circ}/40$) et reste élevée, les ulcérations pharyngées s'étendent. Les ganglions grossissent et se ramollissent. Vingt-cinq jours après l'entrée, on découvre des bacilles de Koch dans le pus des ganglions, puis dans l'exsudat pharyngien. Le diagnostic est posé ; il s'agit de tuberculose.

A ce moment, alors que l'examen clinique et radioscopique des poumons et des ganglions trachéo-bronchiques, est négatif, la radiographie révèle l'existence d'une granulie pulmonaire.

Quelques jours plus tard apparaît un syndrome méningé. Au cours d'une ponction d'un abcès du cou, l'enfant meurt subitement, un mois après son entrée dans le service, un mois et demi après l'apparition des premiers symptômes.

A l'autopsie, à part les lésions granuliques récentes et un

tubercule érétaé dans un poumon, il n'y a pas de tuberculose ancienne, même dans les ganglions médiastinaux.

OBSERVATION III

Tuberculose miliaire aiguë du pharynx

(SERGENT et DURANT)

C. Od..., âgée de 27 ans, entra dans le service le 19 Janvier 1922 pour un mal de gorge. Elle avait été prise quelques jours auparavant d'une angine accompagnée d'une poussée de température à 39°5.

Bien portante jusqu'alors, elle avait contracté en Novembre 1918, une atteinte de grippe à la suite d'une grossesse interrompue à sept mois et demi.

L'examen de la gorge nous fit constater, avec une rougeur diffuse de tout l'isthme du gosier et du pharynx de nombreux « points blancs » sur tout le bord du voile du palais et sur les piliers antérieurs ; ces points blancs faisaient sur la muqueuse une saillie appréciable, auréolée d'un liseré rouge et offraient tous les caractères des vésicules d'herpes. Cette angine infligeait à la malade des douleurs très vives avec des irradiations vers les oreilles qui rendaient la déglutition extrêmement pénible ; elle s'accompagnait d'une adénopathie sous-maxillaire, surtout accusée du côté gauche.

L'examen de l'appareil respiratoire ne montrait alors

que très peu de chose ; des deux côtés le son de percussion était normal, les vibrations à peine modifiées ; l'auscultation restait à peu près négative, décelant que de la respiration rugueuse au sommet gauche, avec des sibilances. Et cependant déjà, l'examen de quelques rares crachats expulsés par la malade décelait la présence du bacille de Koch.

Il n'y avait à ce moment ni adénopathie sus-claviculaire, ni inégalité pupillaire.

L'état général était médiocre, la malade était pâle anémiée, amaigrie, d'autant plus que l'alimentation, du fait des douleurs, était extrêmement difficile.

Notre diagnostic fut celui d'angine herpétique chez une femme atteinte de tuberculose pulmonaire discrète ; ce diagnostic dût être rapidement modifié. En effet, au lieu de rétrocéder, les « points blancs » de la gorge s'étendirent en surface et en profondeur, en même temps que des signes pulmonaires apparurent et, très rapidement indiquèrent le développement d'une tuberculose pulmonaire à marche aiguë et fébrile.

Quelques jours plus tard, en effet, la malade se plaignait d'un point douloureux très sensible dans la zone sus-épineuse gauche. L'attention étant ainsi ramenée vers les poumons, on perçut la présence de bouffées de râles secs et fins au sommet gauche et dans l'aisselle ; il n'y avait toujours pas d'adénopathie sus-claviculaire, mais la pupille gauche était nettement dilatée.

L'examen radioscopique confirma ces constatations ; la partie supérieure du poumon gauche présentait un aspect grenu, la partie moyenne était abondamment pom-melée et d'une clarté notablement diminuée ; le côté droit présentait des signes analogues, mais plus discrets.

Le 3 Février, quinze jours environ après l'entrée, les lésions se sont accusées dans la gorge comme dans les poumons.

Dans la gorge de nouveaux points blancs sont ap-parus ; il y en a non seulement sur le voile du palais, les piliers et les amygdales, mais aussi sur la paroi pos-térieure du pharynx. Les points blancs sont devenus au-tant de petites ulcérations qui, par leur progression ser-pigineuse, dessinent une sorte de perte de substance inin-terrompue, en dents de scie, tout le long du voile du palais ; peu à peu le processus ulcéreux s'étend aux amygdales qui deviennent anfractueuses et sont le siège d'une nouvelle efflorescence de « points blancs », qui à leur tour ne tardent pas à s'ulcérer progressivement. L'aspect de ces ulcérations nous fit un instant songer à la possibilité d'une manifestation syphilitique secondaire ; la réaction de Wassermann fut négative et l'hésitation ne put se prolonger, en raison de l'évolution rapide qui suivit. Parallèlement les signes pulmonaires gagnent en surface et en profondeur.

La malade tousse et rejette d'abondants crachats bacil-lifères, Elle souffre d'ailleurs abominablement, la douleur

est telle que l'alimentation est à peu près impossible malgré l'application de collutoires anesthésiants. Mais il faut remarquer que le larynx est complètement intact ; la voix n'est ni rauque, ni couverte, ni éteinte.

L'état général devient de plus en plus sérieux, la malade s'amaigrit de plus en plus, l'extension des lésions pharyngées et pulmonaires se poursuit et la malade succombe le 28 Février, la maladie ayant parcouru son évolution en neuf semaines.

OBSERVATION IV

Tuberculose miliaire aiguë du Pharynx

(Bouteil et Donzelot)

Le nommé V..., âgé de 26 ans, se présente à la consultation d'oto-rhino-laryngologie de Lariboisière, le 14 février 1912 ; il se plaint d'un mal de gorge dont le début remonte à environ un mois.

Rien de particulièrement intéressant dans les antécédents du malade qui, jusque là, s'est toujours bien porté. C'est cependant un homme d'aspect chétif, au facies pâle et amaigri. Sa voix est un peu rauque, il présente un peu de dyspnée, une légère dysphagie avec salivation.

Après avoir fait ouvrir la bouche au malade et abaisser fortement la langue, qui est recouverte d'un exsudat

blanchâtre, on aperçoit sur l'amygdale gauche une ulcération à bords irréguliers, infiltrés, indurés.

Elle est assez profonde, à fond grisâtre saignant ; elle a certains caractères des ulcérations syphilitiques.

L'amygdale droite présente une érosion simple, sans caractères bien nets. Pas de lésions sur les piliers, sur le voile, sur le pharynx, non plus que sur la muqueuse qui tapisse la cavité buccale.

Cependant les ganglions sous-maxillaire et cervicaux sont augmentés de volume, et l'adénopathie est telle, à gauche surtout, qu'elle est facilement appréciable à l'œil, le palper est peu douloureux.

Le malade a une température normale.

À l'auscultation, on trouve quelques lésions discrètes de tuberculose du poumon droit.

Deux jours après, le malade entrait salle Bazin. Il est toujours faible. Au sommet droit, un examen attentif permet de constater une légère submatité avec exagération des vibrations. L'auscultation révèle la présence de quelques craquements discrets.

Nous croyant en présence d'un cas de syphilis chez un tuberculeux, nous faisons le 17 février, 20 centigrammes d'arsenobenzol en injection intraveineuse.

Les résultats semblent rapidement bons.

L'ulcération de l'amygdale gauche et l'adénopathie gauche surtout sont heureusement influencées par le « 606 »

Une nouvelle injection de 30 centigrammes est faite quelques jours plus tard ; mais cette fois sans succès. Les progrès, l'érosion de l'amygdale droite se transforme en une ulcération à caractère nettement tuberculeux, lenticulaire, entourée d'un halo, à surface mamelonnée, caséeuse, recouverte de débris de membrane muqueuse et d'un mélange de salive et de muccosités ; on y voit des tubercules.

L'ulcération, dont les bords sont festonnés, s'étend en surface.

Bientôt on voit apparaître dans la gorge un pointillé blanc-grisâtre, un véritable semis de granulations du volume d'une tête d'épingle recouvrant le voile du palais, la luette, les piliers et la paroi postérieure du pharynx. Les granulations font saillie, et quand on les gratte avec une stapule, après avoir enlevé une mince pellicule, on trouve une excoriation superficielle. Nous trouvons des bacilles de Koch en assez grande abondance.

Quelques jours plus tard se montre sur le voile, à sa partie latérale gauche, une nouvelle ulcération légèrement plus petite qu'une pièce de 0 fr. 50, à contours irrégulièrement découpés, superficielle, rosée.

En même temps, l'état général s'aggrave de plus en plus ; les forces s'en vont. L'amaigrissement est considé-

nable. Les yeux brillants sont enfoncés profondément dans les orbites. Les pommettes sont rouges et saillantes.

La dysphagie est telle que le malade refuse de prendre la moindre nourriture ; tout au plus consent-il à absorber au prix de difficultés énormes, un peu de lait.

La salivation continue à être abondante est très pénible pour le malade, qui remplit chaque jours plusieurs crachoirs d'une expectoration muco-spumeuse.

La température enfin, qui jusque-là était restée sensiblement normale, subit des poussées irrégulières oscillant entre 38° et 38° 6.

Le malade meurt d'épuisement et d'inanition le 21 mars 1912.

Autopsie. — La gorge entière est infiltrée de granulations tuberculeuses, le voile du palais est particulièrement atteint. Sur une coupe, il se montre très épaissi et comme lardacé ; au sommet du poumon droit, on voit des tubercules assez abondants en voie de germination.

Il y a en outre des lésions de pleurite sèche, sur toute l'étendue de la plèvre on remarque des granulations discrètes. Il en est de même sur le péritoine, sur les parenchymes hépatique et splénique.

Rien sur les méninges.

L'examen histologique d'une coupe du voile du palais montre que l'épithélium a disparu ; les couches superfi-

cielles du chorion sont farcies de cellules embryonnaires abondantes autour des vaisseaux.

Les granulations typiques observées siègent dans le tissu sous-muqueux immédiatement placé sous le chorion.

OBSERVATION V — Forme suraiguë de Letulle

(*ESCAT et RIGAUD*, in « Formes cliniques de la tuberculose miliaire du pharynx »).

C. M..., 45 ans, entre à l'hôpital pour une angine aiguë s'accompagnant de dysphagie très vive.

Il s'agit d'un tuberculeux cavitairé ancien, chez lequel s'est développée, depuis une vingtaine de jours, une angine très douloureuse empêchant l'alimentation.

Au moment de l'examen, le malade présente au niveau du pharynx des lésions ulcéreuses très étendues recouvertes d'un exsudat blanc jaunâtre. La luette très infiltrée présente à sa base des ulcérations profondes qui forment une sorte de sillon d'élimination et les deux amygdales sont également profondément ulcérées.

Le malade arrivé au dernier degré de la cachexie succombe 4 jours après son entrée à l'hôpital, 24 jours environ après le début de l'angine tuberculeuse.

L'autopsie montre la présence de granulations dans toute l'étendue des poumons et au niveau du foie, des

reins, de la rate. L'examen histologique des lésions pharyngées met en évidence la destruction de l'épithélium et de la trame conjonctive de glandes, l'absence de toute formation nodulaire, la présence par contre d'une zone d'infiltration leucocytaire importante d'aspect banal, au milieu de laquelle on décèle un nombre considérable de bacilles de Koch.

OBSERVATION VI. — **Forme suraiguë d'Escat**

(*ESCAT et RIGAUD*, in « *Forme cliniques de la tuberculose miliaire du pharynx* »).

M. M., 55 ans. Il présente un bon état général et n'accuse qu'une douleur de gorge très modérée.

L'examen du pharynx montre une ulcération en nappe de presque toute la moitié du voile, dépassant le raphé médian et atteignant en dehors et en bas le collet de la dent de sagesse inférieure. Cette lésion présente un aspect blafard, granuleux, mité rappelant le loup.

La face inférieure de l'épiglotte est infiltrée et ulcérée. Il existe des adénopathies cervicales discrètes. Pas de fièvre.

La biopsie montre qu'il s'agit d'une lésion tuberculeuse contenant des follicules très nets.

Le traitement anti-syphilitique (mercure et iodure) n'a donné aucun résultat à un syphiligraphe de la ville

qui l'avait institué.

La galvano-cautérisation ne produit aucune amélioration et le malade succombe dix-huit mois après la première consultation, de cachexie tuberculeuse.

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC POSITIF

Lorsque le malade sera un tuberculeux pulmonaire avéré, étant donné l'éruption miliaire suivie d'ulcérations sans tendance à la cicatrisation et accompagnée d'une dysphagie très douloureuse, d'une fièvre élevée, il sera facile de reconnaître une granulie pharyngée.

Dans certains cas, cependant, lorsque le malade ne présentera pas des signes de tuberculose, le diagnostic peut présenter de sérieuses difficultés et les examens de laboratoire prendront une importance primordiale. On fera un examen histologique des lésions, la recherche des bacilles de Koch et l'inoculation au cobaye. On pratiquera également un examen radiologique et une cuti-réaction.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Quand l'angine tuberculeuse a une évolution suraiguë et que les lésions sont masquées par un exsudat pseudo membraneux on pourra croire parfois qu'il s'agit d'une angine diphtérique. Lorsque l'on parvient cependant

à détacher la fausse membrane diphtérique, on constate qu'il n'y a pas au-dessous d'ulcérations. L'examen bactériologique tranchera le diagnostic par la présence ou non du bacille de Lôffler dans la culture et les frottis.

L'angine tuberculeuse aiguë a pu être également confondue avec d'autres angines.

L'angine herpétique s'accompagne d'une éruption vésiculeuse avec dysphagie et fièvre élevée. Les vésicules disparaissent rapidement pour être remplacé par de petites ulcérations recouvertes parfois de fausses membranes fibrineuses, à pourtour polycyclique. Elle est en outre souvent accompagnée d'herpès labial ou nasal. Enfin l'évolution de la maladie ne dure que de quatre à cinq jours et aboutit toujours à la guérison.

L'angine de Vincent se localise surtout au niveau des amygdales où elle revêt tantôt le type diphtéroïde, tantôt le type ulcéro-membraneux.

La fausse membrane, blanc grisâtre, s'étend sur les piliers, parfois même sur le voile et la luette. Si on la détache, on trouve au-dessous d'elle la muqueuse érodée et saignante. A partir du deuxième ou troisième jour, l'amygdale présente une ulcération tomentueuse assez profonde entourée d'une muqueuse rouge et œdématisée.

La température est à 38° ou 39°; la déglutition est douloureuse. L'examen microscopique de la fausse membrane montre la présence de l'association fusospirillaire.

L'angine aphteuse est douloureuse mais peu pyrétique. L'éruption, de courte durée, siège de préférence sur la langue et les lèvres, laissant après elle une série d'ulcérations cupuliformes qui demeurent isolées. Elle guérit assez rapidement en une dizaine de jours.

Le diagnostic sera également fait avec le zona et la pharyngite granuleuse.

Le zona pharyngien sera reconnu par l'éruption vésiculeuse « systématisée » et son évolution vers la cicatrisation.

La pharyngite granuleuse est caractérisée par un certain nombre de saillies hémisphériques plus ou moins disséminées sur la muqueuse pharyngée.

A la période ulcéreuse le diagnostic doit être fait avec les ulcérations de la syphilis et l'actinomycose. Leur évolution est cependant beaucoup plus torpide et présente une symptomatologie plus discrète. C'est encore l'examen de laboratoire ainsi que le Wassermann qui fourniront des éléments précieux de différenciation.

Les ulcérations de la syphilis tertiaire sont plus profondément ulcéreuses et moins étendues que celles de la tuberculose ; elles n'ont aucune tendance à l'extension et ne s'accompagnent ni de fièvre, ni de douleurs violentes.

L'actinomycose siège rarement sur le pharynx au niveau duquel elle se traduit le plus souvent, par la formation de fistules provenant d'une localisation cervico-

faciale. La recherche des grains jaunes et leur examen microscopique trancheront le diagnostic.

Le lupus du pharynx, très rare d'ailleurs, peut ressembler par son aspect physique à celui des lésions granuliques suraiguës. Souvent secondaire à des lésions lupiques des fosses nasales, il survient chez des sujets jeunes tantôt indemnes de toute lésion tuberculeuse tantôt déjà atteints de quelques lésions ganglionnaires ou viscérales discrètes et bénignes.

La muqueuse infiltrée est peu enflammée, elle est soulevée par des nodules lupiques jaunâtres ou rouges de dimension allant d'un grain de mil à celle d'un pois. Quelques nodules se caséifient lentement donnant des ulcérations lupiques superficielles, gaufrées, sèches. Il y a une tendance spontanée à la cicatrisation en certains points, il en résulte la formation de croutes.

Les lésions siègent de préférence sur le voile du palais, la luette et la paroi postérieure du pharynx.

Le début est indolore, ce n'est que plus tard qu'il se produit un peu de dysphagie douloureuse ; l'état général est bon. L'évolution est extrêmement lente (10-15 ans) entrecoupée souvent d'arrêts et de rémissions. Le pronostic est relativement bénin.

Parfois le lupus peut cependant produire des délabrements considérables ou déterminer une granulie mortelle.

Enfin les ulcérations chroniques, que l'on peut voir chez les tuberculeux pulmonaires graves qui présentent une expectoration abondante, résultent d'après certains auteurs, d'une inoculation locale produite par les crachats farcis de bacille de Koch.

Ordinairement, on ne trouve qu'une seule ulcération à bords dentelés, à fond grisâtre ; on peut voir sur son pourtour des granulations tuberculeuses jaunâtres. La dysphagie plus ou moins douloureuse est le principal symptôme. L'évolution est torpide.

TRAITEMENT

Le traitement sera surtout palliatif ; lutter contre la douleur de la gorge, faciliter l'alimentation du malade et soutenir l'état général.

Isambert conseillait de faire sucer des petits morceaux de glace qui calment la douleur et font cesser l'état nauséux qui résulte parfois de la tuméfaction de la luette.

Isambert, Barth, pratiquaient des attouchements des lésions pharyngées avec de la glycérine morphinée à 1 p 25.

Aigre avait réussi à bien calmer les douleurs de ses malades par le badigeonnage fréquent de la gorge (4-5 fois par jour) avec de la glycérine cocaïnée (1 p. 50) et glycérine morphinée (1 p. 25) ce qui leur permettait même de s'alimenter.

Quelques cas bien exceptionnels de guérison auraient été observés. Dans l'observation de Gimbert (in-thèse Hugo), les lésions granuliques bucco-pharyngées subirent des cautérisations au naphthol ; sous son action les ulcérations se sont circonscrites, les bords se sont remis à végéter et tout se cicatrisa en un mois de temps.

Dans l'observation de Gouguenhein (même thèse), dans une forme suraiguë les ulcérations furent soignées

par des applications d'éther iodoformé et au bout d'une quinzaine de jours les surfaces ulcérées reprenant un aspect presque normal.

On fait actuellement :

1° des grands lavages analgésiants de la gorge,

2° Des badigeonnages des lésions avec de l'huile mentholée (1 p. 10), une solution de cocaïne (1 p. 100) ou d'huile morphinée.

3° Des pulvérisations avec des solutions de chlorydrate de cocaïne et de morphine.

4° Des insufflations de poudres médicamenteuses, Comme l'orthoforme en suspension dans la gomme arabique qui calmerait les dysphagies rebelles pendant plusieurs heures. On utilise également le scuroforme.

Accessoirement on fait sucer aux malades des pastilles de cocaïne et on leur fait des enveloppements tièdes du cou. On peut également, lorsque le malade souffre trop, recourir aux injections sous-cutanées de morde morphine,

L'état général sera soutenu par les moyens habituels.

Si le malade ne supporte pas les badigeonnages on se contentera de faire des pulvérisations et des insufflations.

Ces moyens anesthésiants seront faits un quart heure avant les repas pour permettre au malade d'absorber le plus d'aliments possible. On lui donnera la nourriture

qu'il supportera le mieux. Elle sera froide ou tiède et consistera en lait, bouillies lactées, gelées, purées, compotes, jus de viande glacé. Il faut s'abstenir des aliments solides et chauds, des substances irritantes ou acides et des boissons alcooliques. Supprimer tout liquide s'il y a des régurgitations par le nez.

En cas de gêne trop grande de déglutition, il ne faudrait pas hésiter à donner des lavements alimentaires et à nourrir le malade avec la sonde œsophagienne.

Collet, Philip et Mollard, ont préconisé la gastronomie dans les cas où l'on pourrait espérer une survie appréciable du malade. En dérivant l'alimentation ils réalisent une sorte de « mise au repos » du pharynx, ayant supprimé la principale cause d'irritation.

TRAITEMENT CURATIF.

Les agents physiques ne sont guère efficaces dans la granulie pharyngée.

Nous avons noté au début de ce chapitre les quelques rares cas de guérison obtenue avec le naphthol et l'éther iodoformé.

Pour le traitement des adénopathies, on applique des compresses chaudes. Quand le pus est collecté on fait des ponctions suivies d'injections modificatrices de glycérine iodée.

Nous donnons quelques formules les plus utilisées.

Grand lavage de la gorge, sans pression à faire une fois par jour avec :

Racines de guimauve..... 25 gr.
Têtes de pavot..... N° 4

Faire bouillir pendant dix minutes dans un litre d'eau, passer et ajouter :

Borate de soude..... 10 gr.

On peut faire des badigeonnages de la gorge avec le collutoire suivant :

Chlorhydrate de cocaïne.... un gramme
Borate de soude..... 5 grammes
Glycérine neutre..... 25 grammes
Eau de laurier-cerise..... 5 grammes

Pour combattre la dysphagie on emploiera les pulvérisations faites des solutions de cocaïne, de morphine, etc...:

Chlorhydrate de cocaïne / à à vingt-cinq centigrammes
Chlorhydrate de morphine)
Solution d'adrénaline à 1 p. 1000 . . 5 grammes
Benzoate de soude..... 8 grammes
Alcool de menthe..... 10 grammes
Eau stérilisée q. s. p..... 500 grammes

(PORTMANN)

Faire les pulvérisations un quart d'heure avant les repas. Se rincer la bouche ensuite avec de l'eau bouillie tiède avant de commencer à manger.

(PORTMANN).

On pourra insuffler l'une des poudres suivant :

Chlorhydrate de morphine..... deux centigrammes

Lactose

Gomme adragante

} à à..... 0 gr. 10

(pour un paquet)

Chlorhydrate de cocaïne... vingt-cinq centigrammes

Düodoforme

Scuroforme

Gomme adragante

} à à..... 5 grammes

: Insuffler trois fois par semaine sur les parties malades

CONCLUSIONS.

1. L'angine tuberculeuse survient surtout à l'âge adulte. Entre 18 et 30 ans les femmes sont aussi souvent atteinte que les hommes, entre 30 et 40 ans il y a prédominance pour ces derniers.

2. L'angine tuberculeuse est le plus souvent secondaire, survenant au cours d'une tuberculose chronique plus ou moins avancée dans son évolution (Obs. III, IV, V).

Plus rarement elle apparait chez les sujets jeunes ou des enfants (Obs. I et II) qui ne présentent pas de signes d'autres localisations tuberculeuses antérieures. Il s'agit très vraisemblablement dans ces cas, d'angines tuberculeuses primitives survenues chez des sujets non prémunis et en état non allergique.

3. Elle présente trois formes cliniques qui ne doivent pas être considérées comme des cadres intangibles.

Chez la jeune fille de 22 ans de notre première observation une angine tuberculeuse aiguë se déclara brusquement, accompagné de fièvre à 39°, de frissons répétés

et d'une dysphagie très douloureuse. Cette angine ne cessa pas dans les délais habituels. Une adénopathie survint aussi.

L'examen de la gorge montrait un enduit blanchâtre pseudo membraneux, qui pouvait être détaché en partie laissant voir au-dessous de lui des ulcérations assez superficielles. On voyait également une série de granulations blanchâtres dont certaines étaient entourées d'un mince ourlet rosé. La cuti-réaction était négative mais on trouva à l'examen direct des granulations, des bacilles de Koch, ce qui confirma le diagnostic.

Le malade de notre observation V, un tuberculeux cavitare ancien présentait une angine tuberculeuse suraiguë accompagnée d'une dysphagie très vive. A l'examen on trouva au niveau du pharynx des ulcérations très étendues, recouvertes d'un exsudat blanc jaunâtre. Il succomba 4 jours après son entrée à l'hôpital, 24 jours environ après le début de l'angine.

Le diagnostic est facile lorsqu'il s'agit d'un tuberculeux avéré ou lorsque l'aspect des granulations miliaires sera net. Dans le cas contraire il pourra offrir de sérieuses difficultés comme chez la malade de notre première observation ou l'on pouvait croire à une angine diphtérique ou de Vincent. Chez une autre malade (obs III) on posa au début le diagnostic d'angine herpétique.

Les examens de laboratoire fournirent dans ces cas des éléments précieux de différenciation.

5. Le traitement sera surtout symptomatique.

On s'efforcera d'atténuer les souffrances du malade, de lui permettre de s'alimenter et on soutiendra son état général.

Vu : *Le Doyen*
TIFFENEAU

Vu : *Le Président de la Thèse*
CARNOT

Vu et permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris.
G. ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — *Tuberculose miliaire aiguë du pharynx. (Journal des Praticiens, 24 Mars 1923)*
- AIGRE. — Notes et observations sur la tuberculose miliaire aiguë du pharynx. Soc. Méd. Hop. de Paris. 8 Janvier 1890.
- ANASTASESCO. — Quelques considérations sur la tuberculose à point de départ amygdalien. Thèse de Paris 1936.
- ANGELOT. — De la maladie d'Isambert. Thèse de Paris 1883.
- BABONNEX et DARRÉ. — Article sur la tuberculose bucco-pharyngée, in *Traité de Roger-Widal* 1923, t. XIII.
- BARTH. — De la tuberculose du pharynx et de l'angine tuberculeuse, Thèse de Paris 1880.
- BAUP. — Les amygdales portes d'entrée de la tuberculose. Thèse de Paris 1899-1900.

- BLOCH et LEMOINE. — Granulie pharyngée consécutive à l'adénoïdectomie chez un enfant. Annales des mal. de l'or. et du lar. 1926.
- BOUR. — Contribution à l'étude de la primo-infection tuberculeuse tardive. Thèse de Paris 1936.
- BOUTEIL. — Soc. Méd. Hop. de Paris 1912.
- BUCQUOY. — Soc. Méd. Hop. 1874. Union méd. 1874.
- CARNOT. — L'origine tuberculeuse primitive. Monde Médical 1^{er} Février 1938.
- CHAPPEL. — Tuberculose primitive et secondaire du pharynx. Archives int. de lar. 1897. Presse médicale 1896.
- CHASSAGNETTE. — De l'angine tuberculeuse. Thèse de Paris 1880.
- COLLET. — La tuberculose du pharynx, in-tuberculose du larynx, du pharynx et du nez 1913.
- Article sur la tuberculose du pharynx in-traité d'oto-rhino-laryngologie 1928.
- CORNIL. — Sur l'angine tuberculeuse. Journ. des Conn. Méd. livre XIII 1876.
- DESPONS. — Tuberculose du pharynx. Revue de laryngologie 1927.

DIEULAFOY. — Tuberculose larvée des trois amygdales
Traité de Pathol. Int. 1908 t. II.

ESCAT. — Forme suraiguë et lente de la maladie
d'Isambert. Com. Soc. Méd. de Toulouse 1924.
Annales des mal. de l'or. 1925.

ESCAT et RIGAUD. — La tuberculose miliaire du
pharynx et ses formes cliniques. Annales des
mal. de l'or. 1926.

FRAENKEL. — Sur la tuberculose miliaire du pharynx
Berliner-Klin-Woch 1876.

GELADE. — De la tuberculose bucco-pharyngée. Thèse
de Paris 1878.

GOUGUENHEIM. — Tuberculose miliaire suraiguë du
pharynx. Soc. méd. hop de Paris 1882.

HUGOT. — Contribution à l'étude de la tuberculose
miliaire aiguë-pharyngo-laryngée. Thèse de
Lyon 1900.

ISAMBERT. — Tuberculose miliaire aiguë pharyngo-
laryngée. Conférence clinique sur les mal. du
larynx. 1871 à 1877. Soc. Méd. des Hop. de
Paris 1871-1872 et 1875. Annales des mal. de
l'or. et du lar. 1875-1876. Conférences cliniques
sur mal. du lar. 1877.

JULLIARD. — Des ulcérations de la bouche et du pharynx dans la phtisie pulmonaire 1865.

JULLIEN. — Un cas de tuberculose isolée et primitive du pharynx. Annales de dermat. 1892.

KOCH. — de l'angine scrofuleuse et de la granulie pharyngo-laryngée. Thèse de Paris 1873.

LACH. — Emploi de l'orthoforme dans la tuberculose miliaire de la gorge. Soc. laryng. de Londres 1899. Annales des mal. de l'or. 1900.

LERMOYÈZ. — Végétations adénoïdes tuberculeuses. Soc. méd. Hop. de Paris 1894. Annales des mal. de l'or 1894. Presse Méd. 1895.

LETULLE. — Tuberculose du pharynx. Presse Méd. 1908
Tuberculose bucco-pharyngée in Anatomie - Pathologique 1931.

LUBLINSKY. — Tuberculose des amygdales. Brit. méd. Journ. 1897.

MALTERRE. — De la tuberculose galopante des amygdales. Thèse de Paris 1908.

MILLIARD. — Tuberculose miliaire aiguë pharyngée
Union médicale 1882.

MORELL-MACKENZIE — Maladies du larynx. Doin
Édit 1882.

NOBÉCOURT — Tuberculose aiguë du Pharynx et des ganglions cervicaux. Journ. des Prat. 1931.

PHILIP et MOLLARD. — L'aspect clinique et le traitement de la tuberculose du pharynx. Lompnès. Hauteville Medical 1931.

PORTMANN. — Traitement de la tuberculose du pharynx, in Consultations oto-rhino-laryngo Paris 1923.

PORTMANN et DESPONS. — Sur une forme ocléramateuse de tuberculose du pharynx. Soc. anat. clin. de Bordeaux 1926.

ROJAS. — Tuberculose pharyngée miliaire aiguë d'Isambert. Rev. soc. méd. et tisiol. 1927

SEIFERT. — Lupus et tuberculose du pharynx nasal. Médiz. Klinik 1908.

SERGENT et DURAND. — Contribution à l'étude clinique et histologique de la tuberculose miliaire aiguë du pharynx. Revue de la Tub. 1923.

SOKOLOWSKI. — Rapport de la pharyngite granuleuse avec la tuberculose. Arch. für laryng. 1904.

SOURRIS. — De l'angine tuberculeuse. Thèse de Paris 1877.

VEUILLOT. — Contribution à l'étude clinique de la tuberculose du pharynx. Thèse de Lyon 1932.

WESSELY. — Réinfection tuberculeuse de l'amygdale. Arch. ital. de laryng. 1924.